Composante du produit nº 82-003-X au catalogue de Statistique Canada
Rapports sur la santé

Article

Facteurs favorables à la santé et bon état de santé chez les Canadiens du milieu à la fin de la vie

par Pamela L. Ramage-Morin, Margot Shields et Laurent Martel

Juillet 2010

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Facteurs favorables à la santé et bon état de santé chez les Canadiens du milieu à la fin de la vie

par Pamela L. Ramage-Morin, Margot Shields et Laurent Martel

Résumé

Selon les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé, 76 % des Canadiens d'âge mûr (45 à 64 ans) et 56 % des aînés ont déclaré être en bon état de santé en 2009. La santé est définie au moyen d'une mesure composite qui englobe l'état de santé générale et mentale autoévalué, les capacités fonctionnelles et l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne. Le bon état de santé existait même en présence de problèmes de santé chroniques, comme l'hypertension artérielle, l'arthrite et les maux de dos, tous fréquents chez les personnes âgées de 45 ans et plus. Huit facteurs modifiables associés à un bon état de santé ont été retenus : l'usage du tabac, l'indice de masse corporelle, l'activité physique, le régime alimentaire, le sommeil, la santé buccodentaire, le stress et la participation sociale. En tout, 84 % des adultes d'âge mûr et 91 % des aînés ont fait état de tendances positives relativement à au moins quatre de ces facteurs. Plus il y avait de facteurs présentant une tendance positive, plus grandes étaient les chances de bonne santé.

Mots-clés

AIVQ, déterminants de la santé, enquête sur la santé, enquête transversale, état de santé, problèmes de santé chroniques, vieillissement

Auteurs

Pamela L. Ramage-Morin (613-951-1760; Pamela.Ramage-Morin@statcan.gc.ca) et Margot Shields (613-951-4177; Margot.Shields@statcan.gc.ca) travaillent à la Division de l'analyse de la santé et Laurent Martel (613-951-2352; Laurent.Martel@statcan.gc.ca), à la Division de la démographie et de la statistique culturelle, de Statistique Canada, Ottawa (Ontario), K1A 0T6.

Comme de nombreux autres pays, le Canada vivra sous peu une période de vieillissement de la population sans précédent. Alors qu'ils représentaient 8 % de la population il y a 50 ans, on prévoit que les aînés composeront 23 % à 25 % de la population canadienne d'ici 25 ans[1]. La génération des baby-boomers, c'est-à-dire les personnes nées de 1946 à 1965, a grandement contribué à cette évolution démographique. Dès 2011, année où les premiers baby-boomers atteindront 65 ans, la population des aînés commencera à grossir rapidement. Au moyen des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) - Vieillissement en santé de 2009, notre article porte sur des difficultés auxquelles seront confrontés les aînés, en comparaison avec les personnes âgées de 45 à 64 ans.

Les profondes conséquences socioéconomiques de l'augmentation de la population des aînés ont suscité des débats quant à la disponibilité et à la pérennité des ressources de soins de santé[2-5]. Le déséquilibre qui s'accentue entre le nombre de jeunes contributeurs au système de soutien social et le nombre de bénéficiaires âgés constitue un facteur particulièrement préoccupant de cette situation[1]. Actuellement, le Canada compte en moyenne cinq personnes en âge de travailler (de 15 à 64 ans) pour assurer le soutien de chaque aîné. D'ici 2030, on s'attend (d'après un scénario de croissance moyenne) à ce qu'il y ait trois travailleurs pour chaque personne âgée de 65 ans et plus[1].

Le vieillissement accroît le risque d'apparition de problèmes de santé chroniques, dont bon nombre nécessitent du soutien informel, des soins médicaux, la prise de médicaments ou un placement en établissement[6,7]. En 2002, *Guide*

Les données

Les estimations faites dans le cadre de l'étude étaient principalement fondées sur l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Vieillissement en santé de 2009. Il s'agit d'une enquête transversale qui a pour but de recueillir des renseignements sur les facteurs, les influences et les processus qui contribuent au vieillissement en santé. Dans le cadre de cette enquête, des données ont été recueillies auprès de personnes de 45 ans et plus vivant dans des logements privés dans les dix provinces. Les résidents des trois territoires, les personnes vivant dans les réserves indiennes ou sur les terres de la Couronne, les résidents d'établissements, les membres à temps plein des Forces canadiennes et les habitants de certaines régions éloignées sont exclus de la base de sondage. L'enquête a été menée du 1er décembre 2008 au 30 novembre 2009 à l'aide d'une application d'interview sur place assistée par ordinateur. Le taux de réponse à l'échelle du ménage était de 80,8 % et à l'échelle individuelle, de 92,1 %, pour un taux combiné de 74,4 %. L'échantillon final comptait 30 865 répondants, dont 43 % d'hommes et 47 % de personnes âgées de 45 à 64 ans.

L'ESCC de 2000-2001 a servi aux fins de comparaison historique du pourcentage de Canadiens en bonne santé. Le cycle de cette enquête portait sur les habitants des provinces et des territoires. La collecte des données s'est déroulée du 1er septembre 2000 au 3 novembre 2001. Le taux de réponse combiné se chiffrait à 84,7 %, et l'échantillon final à 131 535 répondants. L'échantillon de répondants âgés de 45 ans et plus issus des dix provinces comptait 60 892 personnes. Des renseignements détaillés sur l'ESCC se trouvent dans le site Web de Statistique Canada. Sauf indication contraire, les données qui suivent se rapportent à l'ESCC – Vieillissement en santé de 2009.

La principale variable de résultats était le *bon état de santé* autodéclaré. Pour être considéré comme étant en bonne santé, les répondants devaient satisfaire à quatre critères : être en bonne santé fonctionnelle, démontrer de l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne, percevoir positivement sa santé générale et percevoir positivement sa santé mentale. Les critères de bonne santé étaient autoévalués et n'étaient pas vérifiés auprès d'autres sources.

La *santé fonctionnelle*, définie comme l'absence d'incapacité, était déterminée par des questions sur la vision, l'ouïe, l'élocution, la mobilité, la dextérité, les capacités cognitives et la douleur chronique. L'incapacité se définit comme la réduction totale ou partielle de la capacité d'accomplir une activité d'une manière normale ou avec des limitations considérées normales. Les répondants sans incapacité ou ayant une incapacité complètement corrigée (par le port de lunettes, par exemple) étaient considérés en bonne santé fonctionnelle.

Pour être *autonomes dans les activités de la vie quotidienne*, les participants devaient déclarer n'avoir aucune incapacité empêchant la réalisation de sept activités de la vie quotidienne (AVQ) et de sept activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ). Les AVQ comprenaient : se nourrir, s'habiller, soigner son apparence, marcher, se lever et se coucher, se laver et se rendre à la salle de bain à temps. Les AIVQ étaient : utiliser le téléphone, voyager, magasiner, cuisiner, faire les tâches ménagères, prendre des médicaments et s'occuper de ses finances. L'autonomie avait été évaluée à l'aide d'une liste d'activités différente et moins élaborée en 2000-2001 : préparer des repas, faire les courses pour l'épicerie ou d'autres nécessités, effectuer les travaux ménagers quotidiens, effectuer les travaux lourds (le lavage des murs, les travaux à l'extérieur), les soins personnels (se laver, s'habiller ou manger) et se déplacer dans la maison. De plus, la formulation des questions était différente en 2000-2001 et en 2009. En 2000-2001, on demandait aux répondants s'ils avaient besoin d'aide pour des raisons de santé, en 2009, on leur demandait simplement s'ils avaient besoin d'aide. La question posée en 2009 était moins restrictive que celle posée en 2000-2001, et la liste des activités était plus complète. On s'attendait donc à ce que les répondants soient plus susceptibles d'indiquer une dépendance en 2009, ce qui produirait un pourcentage supérieur de personnes présentant une dépendance.

L'*autoévaluation de la santé* a été déterminée au moyen de la question suivante : « En général, diriez-vous que votre santé est … ». Les personnes qui ont répondu être en bonne, très bonne ou excellente santé (par opposition à passable ou mauvaise) ont été considérées comme ayant une perception « positive » de leur santé.

L'*autoévaluation de la santé mentale* a été déterminée au moyen de la question : « En général, diriez-vous que votre santé mentale est … ». Les personnes qui ont répondu être en bonne, très bonne ou excellente santé mentale (par opposition à passable ou mauvaise) ont été considérées comme ayant une perception « positive » de leur santé mentale. Puisque la variable de la perception de la santé mentale ne faisait pas partie de l'ESCC en 2000-2001, la santé mentale a été évaluée en examinant la probabilité que la personne ait vécu un épisode dépressif majeur au cours de l'année précédente. Les répondants présentant une probabilité de 0,05 ou moins satisfaisaient au critère d'une bonne santé mentale. L'utilisation de critères différents de mesure de la santé mentale en 2000-2001 et en 2009 n'a eu aucune répercussion sur la hausse globale du nombre de personnes en bonne santé (données non présentées).

Pour être en bonne santé générale, les répondants ne devaient pas présenter de problèmes liés à ces quatre critères, c'est-à-dire ils devaient n'avoir ni incapacité ni dépendance à l'égard d'autrui et avoir déclaré que leur état de santé mental et leur état de santé général étaient bons, très bons ou excellents. Les participants qui n'ont pas fourni de réponse pour l'une de ces quatre mesures, mais dont les trois autres réponses indiquaient qu'ils étaient en bonne santé, ont été considérés comme tels. Ceux qui n'ont pas fourni de réponses pour deux mesures ou plus ont été exclus de l'étude.

L'étude comprenait les variables sociodémographiques suivantes : sexe, âge, niveau de scolarité et modalités de vie. Les répondants étaient rassemblés par groupe d'âge : les aînés (65 ans et plus) et les adultes d'âge mûr, les « adultes plus jeunes » (de 45 ans à 64 ans). L'âge a servi de variable continue pour l'analyse de régression logistique. Le *niveau de scolarité le plus élevé* du ménage était qualifié comme suit : études secondaires partielles, diplôme d'études secondaires (y compris des études postsecondaires partielles) et études postsecondaires. Pour ce qui est des *modalités de vie*, les répondants étaient regroupés selon qu'ils vivaient seuls ou non.

On a déterminé la présence d'un *problème de santé chronique* en demandant aux participants à l'enquête si un médecin avait diagnostiqué chez eux un problème de santé ayant duré, ou qui risquait de durer, six mois ou plus. On leur a lu une liste de problèmes de santé. L'étude n'a porté que sur des problèmes de santé liés au vieillissement : la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démence, l'arthrite, les maux de dos, les troubles intestinaux (comme la maladie de Crohn, la colite ulcéreuse, le syndrome du côlon irritable et l'incontinence des intestins), les maladies pulmonaires obstructives chroniques (y compris la bronchite chronique et l'emphysème), le diabète, les problèmes oculaires (cataractes ou glaucome), les maladies cardiaques (dont l'angine et toute crise cardiaque), l'hypertension artérielle (y compris les personnes ayant déclaré ne pas souffrir d'hypertension qui utilisaient des médicaments contre l'hypertension), l'incontinence urinaire, l'ostéoporose et les séquelles d'un accident vasculaire cérébral. On a réparti le *nombre de problèmes chroniques* selon cinq catégories possibles : aucun, 1, 2, 3 et 4 et plus.

Huit facteurs *favorables à la santé* ont aussi été évalués. La situation d'*usage du tabac* était répartie en deux catégories : les fumeurs quotidiens et les personnes ayant arrêté de fumer quotidiennement au cours des 15 dernières années d'une part, et les personnes n'ayant jamais fumé quotidiennement ou ayant cessé de fumer depuis 15 ans ou plus d'autre part. À l'aide de l'*indice de masse corporel* (IMC), on a classé les répondants comme obèses (IMC de 30 kg/m^2 ou plus) ou non (IMC de moins de 30 kg/m^2). La qualité du *sommeil* a été évaluée à l'aide de la question : « À quelle fréquence avez-vous des problèmes à vous endormir ou à rester endormi? ». Les personnes ayant répondu parfois, rarement ou jamais étaient considérées comme n'ayant pas de problèmes de sommeil, contrairement aux personnes ayant répondu « la plupart du temps » ou « tout le temps ». La consommation de fruits et de légumes a servi d'indicateur d'un bon régime alimentaire : les répondants ont été répartis selon qu'ils consommaient au moins cinq portions par jour, par opposition à ceux qui n'en consommaient pas autant. Les personnes qui ont répondu bonne, très bonne ou excellente à la question « En général, diriez-vous que la santé de votre bouche est … » ont été considérées comme ayant une bonne *santé buccodentaire*. L'*activité physique* a été mesurée en fonction de la fréquence de marche. On a qualifié de marcheurs fréquents les répondants ayant répondu « souvent (5 à 7 jours) » à la question « Au cours des sept derniers jours, combien de fois êtes-vous allé marcher à l'extérieur de votre maison ou de votre cour pour quelque raison que ce soit? ». Par exemple, pour se détendre ou pour faire de l'exercice, pour se rendre au travail, pour promener le chien, etc. La *participation sociale* fréquente était définie comme le fait de participer à des activités communautaires au moins une fois par semaine. Les questions portaient sur des activités avec d'autres personnes, c'est-à-dire des activités avec des membres de la famille ou des amis à l'extérieur du foyer, que ce soit des activités religieuses, du sport, des activités éducatives ou des loisirs, du bénévolat, des activités auprès d'organismes de services, et ainsi de suite. Finalement, on a posé aux participants la question « En pensant à la quantité de stress dans votre vie, diriez-vous que la plupart de vos journées sont … ». Les personnes ayant répondu « pas du tout stressantes » ou « pas tellement stressantes » étaient considérées comme ayant un faible niveau de *stress* quotidien, par opposition à celles ayant répondu « peu stressantes », « assez stressantes » ou « extrêmement stressantes ».

L'analyse portait sur les personnes âgées de 45 ans et plus. Les données ont été pondérées pour prendre en compte les répartitions selon l'âge et le sexe de la population canadienne de ce groupe d'âge. Des fréquences pondérées et des totalisations croisées ont servi à estimer le pourcentage de personnes qui avaient des problèmes chroniques, qui étaient en bonne santé et qui ont déclaré des facteurs favorables à la santé. On a utilisé la régression logistique pour modéliser les associations entre les facteurs favorables à la santé et la bonne santé, tout en neutralisant les effets du sexe, de l'âge, du niveau de scolarité du ménage, des modalités de vie et du nombre de problèmes de santé chroniques. Afin de tenir compte des effets du plan de sondage, on a estimé les erreurs types et les coefficients de variation au moyen de la méthode du bootstrap[10]. Le niveau de signification a été fixé à $p < 0,05$.

La présente étude comporte un certain nombre de limites. L'ESCC – Vieillissement en santé de 2009 ne comprenait pas les résidents d'établissements de soins de longue durée (moins de 1 % des personnes âgées de 45 à 64 ans et 7 % des aînés)[11]. Étant donné que le vieillissement et la maladie sont associés au placement en établissement institutionnel, l'échantillon devient moins représentatif de l'ensemble de la population des aînés aux âges plus avancés. La corrélation temporelle entre les facteurs favorables à la santé et la bonne santé ne peut être établie puisque l'enquête est transversale. Par ailleurs, les problèmes de santé chroniques ont été autodéclarés et n'ont été vérifiés par aucune source externe. Le cancer n'a pas été compté parmi les problèmes chroniques puisqu'il était impossible de discerner entre les personnes ne souffrant pas de cancer et les personnes en rémission.

Dans les cas où le répondant sélectionné était, pour des raisons de santé physique ou mentale, incapable de répondre à l'interview, les renseignements à son sujet ont été fournis par un autre membre du ménage. Les répondants par procuration sont souvent en mesure de fournir des réponses exactes aux questions de l'enquête, mais les renseignements plus délicats ou personnels sortent généralement de leur champ de connaissances. Par conséquent, certaines questions posées dans le cadre des interviews par procuration sont restées sans réponse. Des efforts ont été faits pour réduire le plus possible le nombre d'interviews par procuration : 2,2 % (689) des entretiens ont été menés par personne interposée, 1,3 % (192) chez les 45 à 64 ans et 3,0 % (497) chez les aînés.

par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada - Rapport final mettait en lumière la nécessité de s'orienter vers la prévention des maladies et des incapacités, soulignant l'importance des habitudes liées à la santé en ce qui concerne le tabagisme, l'alimentation et l'activité physique[1]. Prévenir ou retarder les problèmes de santé chroniques ou, à tout le moins, en réduire la gravité, améliorerait non seulement la qualité de vie au fil du vieillissement, mais pourrait aussi réduire la pression sur les ressources de soins de santé[5,11].

La présente étude fournit une estimation à jour de la prévalence des problèmes de santé chroniques, de la bonne santé et des facteurs liés à la bonne santé chez la population à domicile de 45 ans et plus. La santé est définie au moyen d'une mesure composite qui englobe l'état de santé générale et mentale autoévalué, les capacités fonctionnelles et l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne. Chacune des composantes de la santé a été autoévaluée : l'état de santé des répondants n'a pas été vérifié auprès d'autres sources. Les mêmes critères ont été utilisés dans des études antérieures[8,12] et sont conformes à la définition de la santé de l'Organisation mondiale de la santé, c'est-à-dire qu'il ne s'agit pas seulement de l'absence de maladie ou d'infirmité[13]. Bien que les problèmes de santé chroniques soient associés à la perception de la santé, aux capacités fonctionnelles et à l'autonomie, ils ne font pas partie de la définition de la santé aux fins de l'étude. La présence de problèmes chroniques n'empêche pas automatiquement une personne de se déclarer en bonne santé.

Huit facteurs susceptibles d'avoir une incidence sur l'état de santé sont analysés dans le cadre de la présente étude, à savoir l'usage du tabac, l'indice de masse corporelle (IMC), l'activité physique, le régime alimentaire, le sommeil, la santé buccodentaire, le stress et la participation sociale. Bien que la liste ne soit pas exhaustive, il s'agit de facteurs importants pour lesquels l'ESCC – Vieillissement en santé fournit des données. En raison de la nature transversale des données, il est impossible de déduire la corrélation temporelle au moyen d'associations entre ces facteurs et la santé. Les enquêtes longitudinales ont démontré que ces facteurs sont des indicateurs du maintien d'une bonne santé et de la convalescence[12]. Il faut toutefois noter que les relations peuvent aussi agir en sens inverse, c'est-à-dire que l'état de santé peut se répercuter sur les facteurs sélectionnés.

L'ESCC – Vieillissement en santé porte sur la population *à domicile*. Les estimations issues de l'enquête ne tiennent pas compte de la proportion de moins de 1 % de la population de 45 à 64 ans et des 7 % d'aînés qui résident dans des établissements de soins de longue durée[10].

Problèmes de santé chroniques

Le bouleversement démographique survenu au cours du dernier siècle s'est déroulé en concomitance avec une *transition épidémiologique* au cours de laquelle la mortalité en bas âge associée aux maladies infectieuses, aux parasites et aux conditions périnatales a laissé place à une époque où les maladies dégénératives sont devenues des problèmes de santé majeurs[14]. Les maladies dégénératives se développent tout au long de la vie, influencées par les comportements, les aspects du mode de vie et les facteurs environnementaux. Par conséquent, elles deviennent plus apparentes avec l'âge.

Selon les résultats de l'ESCC – Vieillissement en santé de 2009, les aînés étaient plus susceptibles que les personnes de 45 à 64 ans de souffrir de certains troubles chroniques (tableau 1). Plus de la moitié des aînés, comparativement à environ le quart des adultes âgés de 45 à 64 ans, ont déclaré souffrir d'hypertension ou prendre des médicaments contre cette condition. L'hypertension est un facteur de risque de maladies cardiaques et une cause importante de mortalité[15]. L'arthrite pour sa part ne cause pas la mort, mais peut avoir une grave incidence sur la qualité de vie parce qu'elle est associée à l'incapacité, à la dépendance, aux chutes, aux fractures et à la prise de médicaments[16-19]. La prévalence de l'arthrite chez les aînés (43 %) était plus du double de celle des adultes âgés de 45 à 64 ans (20 %). À l'instar de l'arthrite, les maux de dos peuvent se répercuter sur la qualité de vie[20]. La prévalence des maux de dos était significativement supérieure chez les aînés à 29 % comparativement à 25 % chez les adultes d'âge mûr. Bien

Tableau 1
Prévalence des problèmes de santé chroniques, selon le groupe d'âge, population à domicile de 45 ans et plus, Canada, 2009

	45 à 64 ans			65 ans et plus		
		Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %	
Problèmes de santé chroniques	%	de	à	%	de	à
Hypertension artérielle	24,0	22,8	25,4	52,9*	51,7	54,1
Arthrite	20,3	19,2	21,6	43,4*	42,3	44,6
Maux de dos	25,0	23,8	26,3	28,6*	27,5	29,8
Troubles oculaires (cataractes ou glaucome)	4,6	4,1	5,1	27,9*	26,8	28,9
Maladie cardiaque	6,9	6,3	7,6	22,6*	21,7	23,5
Ostéoporose	6,1	5,6	6,7	18,1*	17,2	19,0
Diabète	8,6	7,8	9,5	17,2*	16,4	18,1
Incontinence urinaire	3,3	2,8	3,8	11,7*	11,0	12,5
Maladie pulmonaire obstructive chronique	4,6	4,0	5,3	8,8*	8,1	9,6
Troubles intestinaux	5,1	4,6	5,8	6,4*	5,8	7,1
Accident vasculaire cérébral	1,1	0,9	1,4	4,2*	3,7	4,6
Maladie d'Alzheimer	0,1[E]	0,1	0,2	1,6*	1,4	1,9

* différence significative comparativement à l'estimation pour le groupe d'âge de 45 à 64 ans ($p < 0,05$)
[E] à utiliser avec prudence (coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 %)
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé, 2009.

que les aînés étaient plus susceptibles que les adultes de 45 à 64 ans de souffrir de la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démence ou des séquelles d'un accident vasculaire cérébral, ces troubles n'étaient communs chez ni l'un ni l'autre des deux groupes d'âge étudiés. Les personnes souffrant de démence et les personnes ayant été victimes d'un accident vasculaire cérébral avaient plus de chance de vivre dans un établissement de soins de longue durée[6]. Ainsi, en principe, la prévalence de ces conditions chez la population à domicile ne devrait pas être très élevée.

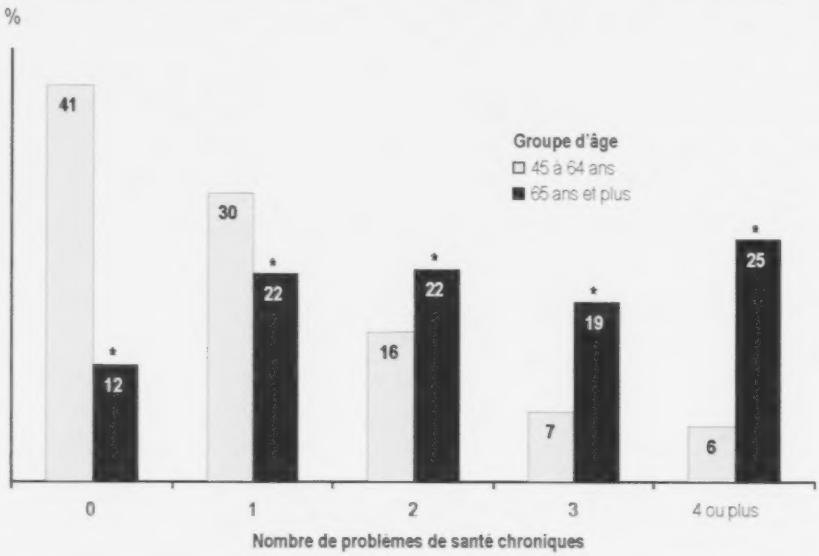
L'incontinence aussi annonce le placement dans un établissement de santé[6] et, comme la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démence et les séquelles d'un accident vasculaire cérébral, elle a de graves répercussions sur la qualité de vie liée à la santé[21]. Malgré tout, plus d'un aîné sur dix de la population à domicile a déclaré souffrir d'incontinence urinaire.

Sans surprise, les risques de problèmes de santé chroniques multiples augmentent avec l'âge[22]. En effet, 25 % des aînés ont mentionné au moins quatre problèmes de santé chroniques, comparativement à 6 % des adultes de 45 à 64 ans (figure 1). Faire face aux problèmes de santé chroniques est difficile pour les personnes atteintes[20,23] ainsi que pour les membres de leur famille, leurs amis et leurs soignants si les problèmes entraînent une dépendance accrue, l'hospitalisation ou d'autres complications[24-26].

Bonne santé

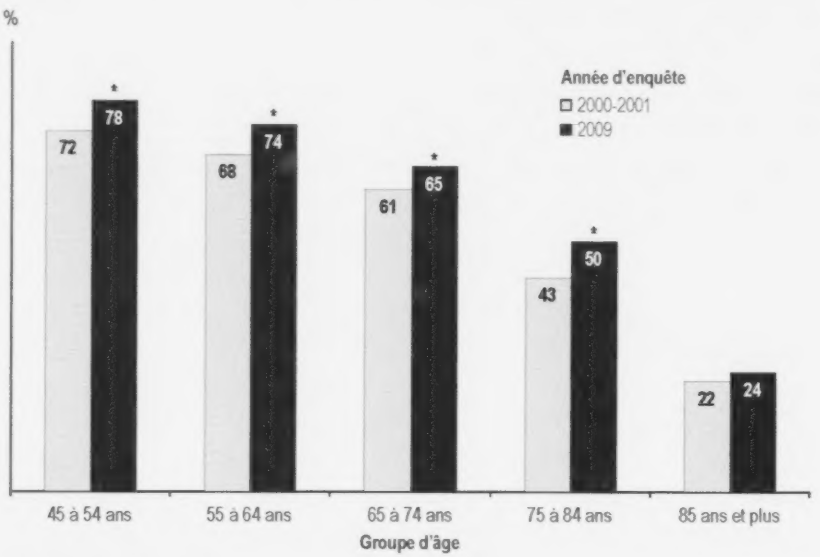
On constate qu'un pourcentage considérable des personnes de 45 ans et plus étaient en bonne santé selon l'autoévaluation de leur santé générale et de leur santé mentale et selon les mesures de leur capacité fonctionnelle et de leur autonomie (figure 2). Bien entendu, la prévalence de la bonne santé diminue avec l'âge. Néanmoins, même jusqu'à l'âge de 85 ans, au moins la moitié de la population était en bonne santé en 2009. Chez les aînés, les hommes étaient plus susceptibles que les femmes d'être en bonne santé, une différence qui n'a pas

Figure 1
Répartition en pourcentage de la population à domicile de 45 à 64 ans et de 65 ans et plus selon le nombre de problèmes de santé chroniques diagnostiqués, Canada, 2009



* différence significative comparativement à l'estimation pour le groupe d'âge de 45 à 64 ans ($p < 0,05$)
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé, 2009

Figure 2
Prévalence de la bonne santé, selon le groupe d'âge, population à domicile de 45 ans et plus, Canada, 2000-2001 et 2009



* données considérablement différentes de l'estimation de 2000-2001 ($p < 0,05$)
Nota : En 2000-2001, le facteur de la dépression a été utilisé au lieu de l'autoévaluation de la santé mentale.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé, 2009; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001.

été relevée chez le groupe d'âge plus jeune (tableau 2). Les niveaux supérieurs de scolarité étaient positivement associés à une bonne santé, comme d'ailleurs une forme ou une autre de modalités de vie commune. Comme on pouvait s'y attendre, plus les personnes présentaient de problèmes de santé chroniques, moins elles étaient susceptibles d'être en bonne santé.

Entre 2000-2001 et 2009, la prévalence de la bonne santé s'est accrue significativement chez presque tous les groupes d'âge (figure 2). Les quatre facteurs de la bonne santé, c'est-à-dire l'état de santé général autoévalué, l'état de santé mentale autoévalué, les capacités fonctionnelles et l'autonomie, ont tous contribué à cette hausse (données non présentées).

Seuls les aînés les plus âgés (85 ans et plus) n'ont pas démontré d'amélioration significative de leur bonne santé au cours de la période de neuf ans. On a observé une hausse significative des pourcentages de bonne santé générale et de santé fonctionnelle autoévaluées, mais le pourcentage des personnes autonomes pour les activités de la vie quotidienne (AVQ/AIVQ) montre une légère baisse (données non présentées). La diminution pourrait refléter des changements dans les questions sur les AVQ/AIVQ entre l'ESCC de 2000-2001 et de 2009 (voir la rubrique *Les données*). La diminution de la prévalence de l'autonomie dans les AVQ/AIVQ a probablement contrebalancé les hausses des autres facteurs, de sorte qu'il n'y a pas eu de variation nette du pourcentage d'aînés de plus de 85 ans en bonne santé pour la période.

Facteurs favorables à la santé

Le développement de problèmes de santé chroniques n'est pas inévitable. Bien que la prédisposition génétique joue un rôle dans cette évolution, certains facteurs sur lesquels les personnes ont une emprise peuvent prévenir le développement de problèmes de santé chroniques ou

Tableau 2
Prévalence de la bonne santé, selon le groupe d'âge et d'autres caractéristiques sélectionnées, population à domicile de 45 ans et plus, Canada, 2009

	45 à 64 ans			65 ans et plus		
		Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %	
Caractéristiques	%	de	à	%	de	à
Total	**76,2**	**74,9**	**77,5**	**55,5**	**54,3**	**56,7**
Facteurs sociodémographiques						
Sexe						
Hommes	76,5	74,5	78,4	59,0*	57,2	60,7
Femmes†	75,9	74,1	77,7	52,6	51,1	54,1
Scolarité						
Pas de diplôme d'études secondaires	59,0*	54,1	63,8	46,5*	44,3	48,8
Diplôme d'études secondaires†	71,3	68,2	74,3	54,7	52,0	57,3
Diplôme postsecondaire	79,1*	77,7	80,5	60,9*	59,2	62,6
Vit seul						
Oui	70,6*	67,8	73,2	50,1*	48,4	51,7
Non†	77,1	75,7	78,5	57,8	56,2	59,3
Nombre de problèmes de santé chroniques						
Aucun	90,7	89,2	92,0	81,4	78,8	83,7
1	77,9*	75,4	80,1	74,0*	71,7	76,2
2	65,9*	62,5	69,2	62,1*	59,6	64,6
3	46,6*	41,9	51,5	48,9*	46,3	51,6
4 ou plus	31,8*	27,4	36,6	26,6*	24,5	28,8
Facteurs favorables à la santé						
Situation d'usage du tabac						
Fumeur quotidien ou a cessé au cours des 15 dernières années†	69,7	67,3	72,0	50,3	47,7	53,0
N'a jamais fumé quotidiennement ou a cessé de fumer il y a plus de 15 ans	79,7*	78,2	81,1	56,7*	55,4	58,0
Indice de masse corporelle (IMC)						
Obèse†	69,5	66,4	72,4	46,4	43,6	49,3
Non obèse	79,1*	77,7	80,4	59,5*	58,3	60,8
Dort bien						
Oui	81,2*	79,9	82,4	61,2*	59,9	62,5
Non†	59,8	56,5	63,0	40,5	37,9	43,2
Consommation quotidienne de fruits et de légumes						
Au moins 5 fois par jour	83,2*	81,6	84,7	62,9*	61,1	64,7
Moins de 5 fois par jour†	72,7	70,9	74,4	52,8	51,4	54,3
Bonne santé buccodentaire						
Oui	79,3*	78,0	80,6	58,3*	57,1	59,5
Non†	54,2	50,2	58,1	34,2	31,2	37,2
Marche fréquente						
Oui	79,2*	77,4	80,8	63,4*	61,7	65,0
Non†	73,8	72,0	75,5	49,0	47,3	50,7
Participation sociale fréquente						
Oui	79,2*	77,8	80,5	59,8*	58,5	61,1
Non†	68,7	65,8	71,5	43,2	40,8	45,6
Faible niveau de stress quotidien						
Oui	83,5*	81,7	85,1	60,7*	59,2	62,1
Non†	72,5	70,7	74,3	48,8	46,9	50,7

† catégorie de référence; pour le nombre de problèmes chroniques, la catégorie de référence est le chiffre précédent
* estimation significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé, 2009

en limiter la gravité. Huit facteurs modifiables sont ici étudiés : l'usage du tabac, l'IMC, l'activité physique, le régime alimentaire, le sommeil, la santé buccodentaire, le stress et la participation sociale.

La grande majorité des adultes, soit 84 % des personnes âgées de 45 à 64 ans et 91 % des aînés, ont déclaré présenter au moins quatre tendances positives en lien avec ces facteurs (tableau 3). En fait, plus de la moitié des aînés (53 %) ont déclaré présenter au moins six de ces tendances, comparativement à 37 % des personnes âgées de 45 à 64 ans.

De plus, 82 % des aînés n'avaient jamais fumé ou avaient cessé depuis au moins 15 ans, comparativement à 65 % de la génération plus jeune. Par ailleurs, les aînés étaient moins susceptibles d'être obèses et plus susceptibles de consommer le nombre recommandé de portions de fruits et légumes. Ces différences pourraient refléter un « effet de survivant en bonne santé » par lequel les personnes qui ne fument pas, qui mangent bien et surveillent leur poids ont une plus grande probabilité de longévité. En revanche, il est possible que certains aînés qui avaient des tendances favorables à la santé aient eu des problèmes de santé et y aient réagi avec des changements positifs. Il est aussi possible que d'autres différences soient associées à la retraite ou à des changements d'emploi du temps associés à l'âge. Par exemple, 57 % des aînés ont déclaré ne vivre qu'un faible niveau de stress quotidien, comparativement à 34 % des adultes d'âge mûr. Les aînés étaient légèrement plus susceptibles d'avoir une participation sociale fréquente : 75 % par rapport à 72 % pour la génération plus jeune.

Pour ce qui est des autres facteurs, on n'a constaté aucune différence appréciable en fonction de l'âge. Plus des trois quarts des répondants de chacun des groupes ont affirmé bien dormir, et près de 90 % ont déclaré avoir une bonne santé buccodentaire. Moins de la moitié des répondants ont indiqué marcher fréquemment, un facteur mesurant l'activité physique.

Tableau 3
Prévalence des facteurs favorables à la santé, selon le groupe d'âge, population à domicile de 45 ans et plus, Canada, 2009

	45 à 64 ans			65 ans et plus		
		Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %	
Facteurs favorables à la santé	%	de	à	%	de	à
N'a jamais fumé quotidiennement ou a cessé de fumer il y a plus de 15 ans	65,4	64,0	66,8	81,8*	80,9	82,7
Non obèse (indice de masse corporelle de moins de 30 kg/m²)	76,8	75,3	78,1	81,1*	80,1	82,0
Dort bien	78,2	77,0	79,4	78,6	77,7	79,5
Consommation de fruits et de légumes au moins 5 fois par jour	36,5	34,9	38,1	39,0*	37,7	40,3
Bonne santé buccodentaire	87,7	86,7	88,7	88,4	87,6	89,1
Marche fréquente	44,7	43,0	46,5	45,3	44,0	46,6
Participation sociale fréquente	71,8	70,2	73,3	75,0*	73,9	76,1
Faible niveau de stress quotidien	33,6	32,0	35,2	56,7*	55,5	57,9
Nombre de facteurs favorables à la santé						
0 à 2	5,5	4,9	6,2	2,4*	2,1	2,8
3	10,5	9,5	11,6	6,7*	6,1	7,3
4	20,4	19,0	21,8	14,6*	13,7	15,5
5	26,6	25,2	28,0	23,7*	22,7	24,7
6	21,9	20,6	23,3	27,1*	26,0	28,2
7	11,9	10,8	13,0	19,5*	18,5	20,5
8	3,2	2,7	3,9	6,0*	5,4	6,6

* différence significative comparativement à l'estimation pour le groupe d'âge de 45 à 64 ans ($p < 0,05$)
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé, 2009

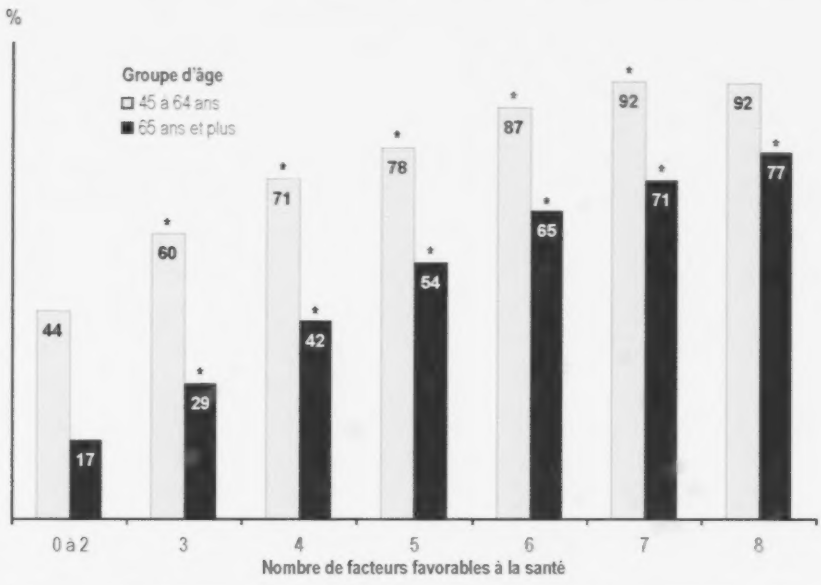
Associations avec une bonne santé

Comme on pouvait s'y attendre, le nombre de problèmes de santé chroniques diagnostiqués a présenté une association négative avec la bonne santé (tableau 2). Parallèlement, les facteurs modifiables étudiés dans le cadre de l'étude ont tous été associés positivement avec la bonne santé. Les personnes qui ne fumaient pas, qui marchaient fréquemment et qui n'étaient pas obèses étaient plus susceptibles d'être en bonne santé que les personnes qui ne présentaient pas ces caractéristiques. Les associations positives étaient aussi évidentes entre la bonne santé et la participation sociale fréquente, le faible niveau de stress quotidien, le fait de bien dormir, la bonne santé buccodentaire et la consommation de fruits et de légumes au moins cinq fois par jour.

On pourrait s'attendre à ce que les tendances favorables à la santé forment des groupes à l'échelle individuelle. Cependant, lorsque les huit facteurs ont été contrôlés simultanément dans le cadre de modèles multivariés avec les facteurs sociodémographiques, chacun des facteurs a été associé de manière indépendante à la bonne santé pour chacun des deux groupes (annexe, tableau A). Pour la plupart, les associations relevées se sont maintenues même lorsque le nombre de problèmes de santé chroniques a été pris en compte (annexe, tableau B).

Les résultats de l'analyse tendent à démontrer que les avantages des tendances favorables à la santé sont cumulatifs (figure 3). De manière générale, la probabilité de bonne santé augmentait avec chaque facteur favorable à la santé supplémentaire. Plus de trois quarts (77 %) des aînés ayant déclaré avoir des tendances positives pour chacun des huit facteurs étaient en bonne santé. Chez les personnes de 45 à 64 ans, cette proportion atteignait 92 %. Bien que le vieillissement soit associé au déclin de la santé, les aînés présentant des tendances positives pour au moins cinq des facteurs étaient plus susceptibles d'être en bonne santé que les adultes de 45 à 64 ans démontrant des tendances positives pour deux facteurs ou moins.

Figure 3
Prévalence de la bonne santé, selon le nombre de facteurs favorables à la santé et selon le groupe d'âge, population à domicile de 45 ans et plus, Canada, 2009



* différence significative comparativement à l'estimation pour la catégorie précédente du même groupe d'âge ($p < 0,05$)
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé, 2009, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001.

Même si des données longitudinales tendent à montrer que bon nombre des facteurs favorables à la santé ont une incidence sur la santé[27,28], la nature transversale de l'ESCC – Vieillissement en santé ne permet pas d'établir l'ordre temporel des événements. Il est possible et probable que les relations entre les facteurs favorables à la santé et l'état de santé aient aussi l'effet inverse. La mauvaise santé, par exemple, peut nuire à la capacité de faire de l'exercice régulièrement, de bien dormir et de fréquenter des gens. Le fait de vivre avec une maladie chronique peut se révéler stressant. De surcroît, la maladie peut faire en sorte que les personnes se retrouvent sans les ressources nécessaires pour contrôler leur poids, préparer des repas sains ou améliorer leur santé buccodentaire. Néanmoins, l'importance de ces facteurs pour le maintien d'une bonne santé reste démontrée.

Conclusion

La population du Canada vieillit, et à mesure que les baby-boomers atteindront l'âge de 65 ans, au cours des deux prochaines décennies, ce changement démographique s'accélérera. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé de 2009 montre que même en présence de certains problèmes de santé chroniques, 76 % des adultes de 45 à 64 ans et 56 % des aînés vivant à domicile (par opposition à vivant dans un établissement de soins de longue durée) étaient en bonne santé selon leur perception de leur santé générale, de leur santé mentale, de leurs capacités fonctionnelles et de leur autonomie pour les activités de la vie quotidienne. De même, les Canadiens du milieu à la fin de la vie étaient légèrement plus susceptibles d'être en bonne santé en 2009 qu'ils ne l'étaient près d'une décennie plus tôt.

Divers facteurs sur lesquels chaque personne a une certaine emprise ont été associés à la bonne santé. L'étude a révélé que ne pas fumer, contrôler son poids, faire régulièrement de l'exercice, consommer des fruits et des légumes, bien dormir, avoir une bonne hygiène buccodentaire, réduire les sources de stress et participer à des activités avec des membres de la famille et des amis présentaient une association cumulative avec la bonne santé. Une grande majorité des répondants ont déclaré démontrer au moins quatre de ces tendances favorables à la santé. ■

Remerciements

Statistique Canada remercie tous les participants de leur contribution et de leurs conseils au cours de la préparation de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé. Le contenu de l'étude a été préparé par la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada, en collaboration avec Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, ainsi que d'experts chargés de l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ELCV), une importante initiative stratégique des Instituts de recherche en santé du Canada. Les consultations ont aussi fait intervenir des représentants de Ressources humaines et Développement des compétences Canada et des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé. L'ajout de 5 000 répondants âgés de 45 à 54 ans a été financé par l'ELCV.

Références

1. Statistique Canada, *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires* (n° 91-520 au catalogue), Ottawa, ministre de l'Industrie, 2010.
2. W.B. Dalziel, « Demographics, aging and health care: Is there a crisis? (editorial) », *Canadian Medical Association Journal*, 155(11), 1996, p. 1584-1586.
3. Nations Unies, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, *World Population Ageing: 1950-2050*, New York, United Nations Publications, 2001.
4. R.J. Romanow, *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada – Rapport final*, Saskatoon, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002, disponible à l'adresse http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/CP32-85-2002F.pdf (consulté le 4 mai 2010).
5. Conseil canadien de la santé, *L'importance de renouveler les soins de santé : apprendre de l'expérience de Canadiens souffrant de maladies chroniques*, Toronto, Conseil de la santé, 2007, disponible à l'adresse http://www.healthcouncilcanada.ca (consulté le 14 mai 2010).
6. H. Trottier, L. Martel, C. Houle et al., « Vieillir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il? », *Rapports sur la santé*, 11(4), 2000, p. 55-68 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
7. L. Martel, A. Bélanger et J.-M. Berthelot, « Perte et regain de l'autonomie chez les personnes âgées », 13(4), *Rapports sur la santé*, 2002, p. 37-52.
8. J.N.K. Rao, C.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).
9. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5(3), 1996, p. 281-310.
10. Statistique Canada, « Certaines caractéristiques des logements collectifs et de la population (25) et type de logement collectif (17) pour la population dans les logements collectifs, pour le Canada, les provinces et les territoires, Recensement de 2006 - Données intégrales (100 %) », Recensement du Canada de 2006 : Tableaux thématiques.
11. L. Martel, A. Bélanger, J.-M. Berthelot et Y. Carrière, *En santé aujourd'hui, en santé demain? Résultats de l'Enquête nationale sur la santé de la population : Vieillir en santé* (composante du produit n° 82-618 au catalogue de Statistique Canada), 1(4), 2005.
12. M. Shields et L. Martel, « Des aînés en bonne santé », *Rapports sur la santé*, 16(suppl.), 2005, p. 7-21 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
13. Organisation mondiale de la santé (OMS), disponible à l'adresse http://www.who.int/en/ (consulté le 14 mai 2010).
14. T.K. Young, *Population Health Concepts and Methods (Second Edition)*, Toronto, Oxford University Press, 2005.
15. Organisation mondiale de la Santé, *Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks*, Genève, Presses de l'Organisation mondiale de la santé, 2009.
16. K. Wilkins et E. Park, « Problèmes de santé chroniques, incapacités physiques et dépendance à l'égard d'autrui chez les personnes âgées qui vivent dans la collectivité », *Rapports sur la santé*, 8(3), 1996, p. 7-15 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
17. K. Wilkins, « Chutes, gens âgés et recours aux services de santé », *Rapports sur la santé*, 10(4), 1999, p. 47-57 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
18. G. Carrière, « Résultats des fractures de la hanche chez la population à domicile », *Rapports sur la santé*, 18(4), 2007, p. 41-47 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
19. P. Ramage-Morin, « Consommation de médicaments chez les Canadiens âgés », *Rapports sur la santé*, 20(1), 2009, p. 39-47 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
20. C. Pérez, « Travailleurs et maux de dos chroniques », *Rapports sur la santé*, 12(1), 2000, p. 45-60 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
21. S.E. Schultz et J.A. Kopec, « Effet des problèmes chroniques », *Rapports sur la santé*, 14(4), 2003, p. 41-50 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
22. L. Ferrucci, F. Giallauria et J.M. Guralnik, « Epidemiology of aging », *Radiologic Clinics of North America*, 46(4), 2008, p. 643-v. doi:10.1016/j.rcl.2008.07.005.
23. P. Ramage-Morin, « Douleur chronique chez les personnes âgées », *Rapports sur la santé*, 19(1), 2008, p. 37-52 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
24. K. Cranswick, « De l'aide à portée de la main : déménager pour recevoir ou offrir de l'aide », *Tendances sociales canadiennes*, 55, hiver, 1999, p. 12-13.
25. J.L. Wolff, B. Starfield et G.A. Anderson, « Prevalence, expenditures and complications of multiple chronic conditions in the elderly », *Archives of Internal Medicine*, 162, 2002, p. 2269-2276.
26. H. Gilmour et J. Park, « Dépendence, problèmes chronique et douleur chez les personnes âgées », *Rapports sur la santé*, 16(supplément), 2005, p. 21-31 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
27. C. de Oliveira, R. Watt et M. Hammer, « Toothbrushing, inflammation, and risk of cardiovascular disease: results from Scottish Health Survey », *British Medical Journal*, 2010, p. 340:c2451. doi: 10.1136/bmj.c2451.
28. W. Lee, S. Nagubadi, M.H. Kryger et B. Mokhlesi, « Epidemiology of obstructive sleep apnea: A population-based perspective », *Expert Review of Respiratory Medicine*, 2(3), 2008, p. 349-364. doi: 10.1586/17476348.2.3.349.

Annexe

Tableau A
Rapports de cotes corrigés reliant des facteurs sociodémographiques et des facteurs favorables à la santé à la bonne santé, selon le groupe d'âge, population à domicile de 45 ans et plus, Canada, 2009

	45 à 64 ans			65 ans et plus		
		Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %	
Caractéristiques	Rapports de cotes corrigés	de	à	Rapports de cotes corrigés	de	à
Facteurs sociodémographiques						
Sexe						
Hommes	1,1	0,9	1,3	1,1*	1,0	1,3
Femmes†	1,0	...	...	1,0	...	...
Âge (continu)	0,96*	0,95	0,97	0,91*	0,90	0,92
Scolarité						
Pas de diplôme d'études secondaires	0,7*	0,5	0,9	0,9	0,7	1,0
Diplôme d'études secondaires†	1,0	...	...	1,0	...	...
Diplôme postsecondaire	1,2*	1,0	1,5	1,1	0,9	1,3
Vit seul						
Oui	0,8*	0,7	1,0	1,0	0,9	1,1
Non†	1,0	...	...	1,0	...	...
Facteurs favorables à la santé						
Situation d'usage du tabac						
Fumeur quotidien ou a cessé au cours des 15 dernières années†	1,0	...	...	1,0	...	...
N'a jamais fumé quotidiennement ou a cessé de fumer il y a plus de 15 ans	1,3*	1,1	1,5	1,5*	1,3	1,7
Indice de masse corporelle (IMC)						
Obèse†	1,0	...	...	1,0	...	...
Non obèse	1,6*	1,3	1,9	2,0*	1,7	2,3
Dort bien						
Oui	2,5*	2,1	2,9	2,0*	1,7	2,3
Non†	1,0	...	...	1,0	...	...
Consommation quotidienne de fruits et de légumes						
Au moins 5 fois par jour	1,5*	1,3	1,7	1,3*	1,2	1,4
Moins de 5 fois par jour†	1,0	...	...	1,0	...	...
Bonne santé buccodentaire						
Oui	2,9*	2,4	3,5	2,1*	1,7	2,4
Non†	1,0	...	...	1,0	...	...
Marche fréquente						
Oui	1,2*	1,0	1,4	1,5*	1,3	1,6
Non†	1,0	...	...	1,0	...	...
Participation sociale fréquente						
Oui	1,4*	1,2	1,7	1,5*	1,4	1,7
Non†	1,0	...	...	1,0	...	...
Faible niveau de stress quotidien						
Oui	1,8*	1,5	2,1	1,7*	1,5	1,9
Non†	1,0	...	...	1,0	...	...

† catégorie de référence
* estimation significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
... n'ayant pas lieu de figurer
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé, 2009

Tableau B
Rapports de cotes corrigés reliant des facteurs sociodémographiques, des facteurs favorables à la santé et le nombre de problèmes de santé chroniques à la bonne santé, selon le groupe d'âge, population à domicile de 45 ans et plus, Canada, 2009

	45 à 64 ans			65 ans et plus		
		Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %	
Caractéristiques	Rapports de cotes corrigés	de	à	Rapports de cotes corrigés	de	à
Facteurs sociodémographiques						
Sexe						
Hommes	1,0	0,8	1,2	1,0	0,9	1,1
Femmes†	1,0	...	...	1,0	...	...
Âge (continu)	1,00	0,98	1,01	0,92*	0,92	0,93
Scolarité						
Pas de diplôme d'études secondaires	0,7*	0,5	1,0	0,9	0,7	1,1
Diplôme d'études secondaires†	1,0	...	...	1,0	...	...
Diplôme postsecondaire	1,2	1,0	1,4	1,1	0,9	1,3
Vit seul						
Oui	0,8	0,7	1,0	1,0	0,9	1,1
Non†	1,0	...	...	1,0	...	...
Facteurs favorables à la santé						
Situation d'usage du tabac						
Fumeur quotidien ou a cessé au cours des 15 dernières années†	1,0	...	...	1,0	...	...
N'a jamais fumé quotidiennement ou a cessé de fumer il y a plus de 15 ans	1,2	1,0	1,4	1,4*	1,2	1,6
Indice de masse corporelle (IMC)						
Obèse†	1,0	...	...	1,0	...	...
Non obèse	1,1	0,9	1,3	1,6*	1,4	1,9
Dort bien						
Oui	1,9*	1,6	2,2	1,7*	1,5	2,0
Non†	1,0	...	...	1,0	...	...
Consommation quotidienne de fruits et de légumes						
Au moins 5 fois par jour	1,4*	1,2	1,7	1,3*	1,2	1,5
Moins de 5 fois par jour†	1,0	...	...	1,0	...	...
Bonne santé buccodentaire						
Oui	2,6*	2,1	3,2	1,8*	1,6	2,2
Non†	1,0	...	...	1,0	...	...
Marche fréquente						
Oui	1,2*	1,0	1,4	1,4*	1,2	1,6
Non†	1,0	...	...	1,0	...	...
Participation sociale fréquente						
Oui	1,4*	1,2	1,7	1,5*	1,3	1,7
Non†	1,0	...	...	1,0	...	...
Faible niveau de stress quotidien						
Oui	1,6*	1,4	1,9	1,6*	1,4	1,7
Non†	1,0	...	...	1,0	...	...
Nombre de problèmes de santé chroniques						
Aucun†	1,0	...	...	1,0	...	...
1	0,4*	0,3	0,5	0,7*	0,6	0,9
2	0,2*	0,2	0,3	0,5*	0,4	0,6
3	0,1*	0,1	0,2	0,3*	0,2	0,4
4 ou plus	0,1*	0,1	0,1	0,1*	0,1	0,2

† catégorie de référence
* estimation significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
... n'ayant pas lieu de figurer
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé, 2009